

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIA MÉDICAS



Tesis monográfica para optar el título de Medicina y Cirugía general.

**“Nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en
pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante
el primer semestre del año 2016”**

Autores:

Br. Margie Yesenia Flores Zúniga.

Br. María Isamar López González

Tutor:

Msc. Dr. José de los Angeles Méndez

Managua, Nicaragua

OPINIÓN DEL TUTOR

En el momento actual, la investigación científica obtiene un valor incalculable para volverte más médico relacionado con las complicaciones médicas que tienen que ver con la vida.

Las jóvenes bachilleras Margie Yesenia Flores Zúniga y María Isamar López González abordan un tópico sumamente valioso, como es el cumplimiento del protocolo del manejo de hemorragia postparto, y lo han hecho muy bien.

Los resultados obtenidos servirán de base para la planificación de estrategias que mejoren la calidad de atención y por ende asegurar la vida de la paciente.

Reciban mis más altas muestras de cariño y felicitaciones sinceras por la finalización de ésta primera etapa de su formación profesional.

Atentamente

Msc. M.D. José de los Ángeles Méndez

Tutor

Dedicatoria

Este esfuerzo está dedicado primeramente a Dios quien nos ha guiado en cada paso que damos, por darnos la fuerza y sabiduría para cumplir cada una de nuestras metas.

A nuestros padres los estandartes que no soltamos jamás en el camino de esta ardua labor que apenas cierra un capítulo pero abre las puertas para emprender una nueva etapa, por apoyarnos incondicionalmente, alentarnos a ser mejor persona, y ahora profesional, pero sobre todo por ser nuestros pilares durante todo este tiempo.

A nuestros abuelos y hermanos, que pese a sus ocupaciones, siempre nos animaron a cumplir con nuestras metas.

.

Agradecimiento

Agradecemos infinitamente a Dios por bendecirnos y permitirnos realizar este trabajo investigativo.

A nuestros padres y hermanos, quienes nos han ayudado a crecer como personas e inducirnos por el camino del conocimiento.

A nuestros docentes que con su conocimiento y experiencia han ayudado en nuestra formación como persona y profesional.

En especial mención a nuestro tutor Dr. José de los Ángeles Méndez por su apoyo y motivación para la realización de esta investigación y el tiempo dedicada a la misma, además de su disciplina y conocimiento aportado.

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de Evaluar el cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016.

Se trata de un estudio descriptivo corte transversal que comprende una muestra de 42 pacientes, la técnica utilizada fue revisión de expediente clínico, libros de labor y parto y cesárea , el instrumento fue una ficha de recolección de datos y lista de chequeo establecida por el Ministerio de Salud de Nicaragua.

El grupo etario más frecuente fue de 20 a 34 años de edad, de procedencia urbana en su mayoría (61.9%), con estado civil acompañada en un 54.76%, nivel de escolaridad secundaria y ocupación ama de casa.

En cuanto a datos gineco obstétricos, las pacientes tienen IVSA menor de 19 años de edad en 78.57%, predominio de bigestas, con antecedente de cesárea 9.52% y con 1 – 4 controles prenatales. En relación con la vía de finalización del parto 95.24% corresponde a vía vaginal.

La causa más frecuente de hemorragia postparto fue alteración del tono uterino seguido de desgarros del cuello, vagina y periné y retención placentaria, en un menor porcentaje se presentó retención de fragmentos placentarios.

El cumplimiento del protocolo fue de 98 % del total de expedientes revisados.

INDICE

CAPITULO 1. GENERALIDADES	1
1.1 Introducción	1
1.2 Antecedentes	3
1.3 Justificación	5
1.4 Planteamiento del problema	6
1.5 Objetivos	7
Objetivo General	7
Objetivos específicos	7
1.6 Marco Teórico	8
CAPITULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO	22
2.1 Área de estudio:	22
2.2 Tipo de estudio	22
2.3 Universo:	22
2.4 Muestra:	22
2.5 Criterios de inclusión:	22
2.6 Criterios de exclusión:	22
2.7 Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación	22
2.8 Plan de tabulación y análisis de la información	23
2.9 Operacionalización de las variables.	25
2.10 Aspectos éticos de la investigación	29
CAPITULO 3. DESARROLLO	30
3.1 Resultados	30
3.2 Discusión de los resultados	32
3.3 Conclusión	34
3.4 Recomendaciones	35
CAPITULO 4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
4.1 Bibliografía	36
CAPITULO 5. ANEXOS	38
5.1 TABLAS Y GRÁFICOS	38
5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION	64

CAPITULO 1. GENERALIDADES

1.1 Introducción

El momento del parto puede convertirse en una etapa crítica con un alto riesgo de complicaciones, la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la Salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados, todo con el fin de mejorar la sobrevivencia materna infantil, la calidad de vida y brindar una mayor atención con calidez. (1)

La hemorragia post parto (25%) es la principal causa de muerte materna en el mundo, seguida de sepsis (15 %), alteraciones hipertensivas del embarazo (principalmente preclampsia- eclampsia, 12 %). (2)

Esta patología es más frecuente en países en vías de desarrollo o subdesarrollados, donde gran parte de las mujeres no tiene la posibilidad de tener acceso a un parto asistido por personal capacitado y donde la conducta activa en el alumbramiento puede no ser la práctica de rutina. Se estima que alrededor de 14 millones de mujeres sufren pérdida de sangre severa después del parto, y que el 1% de éstas muere como consecuencia (3). La mayoría de los casos ocurren en el período postparto inmediato (dentro de las 24 horas del parto. Muchas de las causas de la mortalidad materna son fácilmente previsibles a un costo bajo. La hemorragia post parto es una circunstancia que puede constituir una urgencia y a la vez una emergencia para la mujer. (4)

La hemorragia postparto (HPP) es un factor significativo que contribuye a la morbilidad materna grave y a la discapacidad a largo plazo, así como a una serie de otras enfermedades maternas graves generalmente asociadas con la pérdida considerable de sangre, incluidos el shock y la disfunción orgánica. La atonía uterina es la causa más común de HPP, el traumatismo genital (es decir, laceraciones vaginales o cervicales), la rotura uterina, el tejido placentario retenido o trastornos de coagulación maternos también pueden provocar HPP. La gran multiparidad y la gestación múltiple están asociadas con un mayor riesgo de sangrado después del parto. (5)

Se han realizado diversos estudios y planes a nivel latinoamericano en los cuales se han integrado protocolos ante las complicaciones como la hemorragia postparto. Estos protocolos han logrado una mejora en la atención e incidencia de casos con dicha patología según la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología.(6)

Según la Organización Mundial de la Salud la mortalidad materna es inaceptablemente alta. En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la salud una de cada cinco muertes maternas en las Américas es consecuencia de hemorragias obstétricas durante o inmediatamente después del parto. Cada día fallecen en la región alrededor de 16 mujeres por causas relacionadas con el embarazo o el parto, la mayoría de las cuales se pueden evitar. Las hemorragias son su principal causa. (7)

En Nicaragua de un total de 1,498 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud (MINSa) en el período 2000- 2014, el 34.4% (516 casos) fueron causada por hemorragias; de ellas el 62.4% (322 casos) durante la etapa post parto y 37.5% (194 casos) en el ante parto. Las hemorragias ante parto (HAP) se han reducido, mientras que las hemorragias postparto (HPP) se han incrementado. En promedio para el año 2014 se registraron un total de 25 muertes maternas por HPP. (8)

1.2 Antecedentes

En el año 2011 en un estudio realizado por Bonifaz Guerrero sobre Hemorragia posparto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General docente de Riobamba Ecuador concluyo que la frecuencia de hemorragia posparto fue de 9% y que su principal causa fue el alumbramiento incompleto en un 70%. (9)

En el año 2012 en un estudio realizado en Hospital María Auxiliadora de Lima Perú sobre factores de alto riesgo asociados a hemorragia postparto inmediato concluyo que La frecuencia de Hemorragia Postparto en el Hospital María Auxiliadora fue de 1.52% y que las principales causas de hemorragia postparto la constituyeron desgarro del canal del parto, atonía uterina, retención de restos placentario. (10)

En el año 2014 en un estudio realizado por Palomo Tercero sobre "Incidencia de la Hemorragia Postparto por Atonía Uterina en el Hospital Regional de Escuintla Guatemala se observó que el principal factor de riesgo fue la oxiconducción y la incidencia de atonía uterina (67casos/8meses) fue de 8.37 casos por mes.(11)

En el año 2010 en un estudio realizado en Hospital Bertha Calderón Roque sobre nivel de conocimiento y cumplimiento de las normas y protocolo de hemorragia postparto se observó que los factores de riesgo durante de trabajo de parto para presentar hemorragia postparto fueron: inducción y/o conducción de trabajo de parto, parto precipitado, agotamiento materno, cesárea, parto prolongado, deshidratación y manipulación excesiva. así mismo se encontró que era más frecuente la hemorragia materna en trigestas, seguido de multigestas (12)

En el año 2012, un estudio realizado por Alemán Gutiérrez sobre Evaluación de la aplicación del protocolo de hemorragia post parto en el hospital Bertha Calderón Roque durante el período comprendido de 01 de enero del 2008 al 31 diciembre del 2012. Se concluye que el Hospital Bertha Calderón Roque aplica y cumple la normativa de complicaciones obstétricas sobre hemorragia postparto en un 92% de los expedientes clínicos.(13)

En el mismo año se realizó un estudio en Hospital Bertha Calderón Roque sobre manejo de hemorragia postparto por atonía uterina tuvo como resultado que las complicaciones por hemorragia postparto por atonía uterina se encontró en orden decreciente: anemia severa, coagulopatía, insuficiencia renal aguda y síndrome de distrés respiratorio del adulto; en el mismo estudio se reflejó que de 126 pacientes la mayoría no ingresó a UCI y 4 fallecieron.(14).

En un estudio realizado en el año 2012 a cerca de Factores asociados a hemorragia postparto en las embarazadas ingresadas en la sala de maternidad del hospital Luis Felipe Moncada del departamento de Río San Juan se observó que el 87% de las pacientes estudiadas se le realizó manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP) y un 13% no se les hizo, a todas las puérperas que no se le realizó fue porque el parto fue domiciliar. (15)

En el año 2014, estudio realizado en Hospital Bertha Calderón Roque a cerca de factores asociados a hemorragia postparto por atonía uterina concluyó que las causas más frecuentes de hemorragia postparto por atonía uterina fue: inercia uterina, uso inadecuado de medicamentos uterorelajantes y sobredistención uterina. En este mismo estudio no presentó muerte materna 7 de los casos terminaron con histerectomía total abdominal. (16).

1.3 Justificación

La hemorragia postparto es una de las complicaciones obstétricas más alarmantes. La muerte producida como consecuencia de esta complicación durante el postparto sigue siendo de importancia para el Ministerio de salud.

Afecta aproximadamente el 2 % de las mujeres parturientas, está asociada a un cuarto de todas las defunciones maternas en a nivel mundial.El riesgo de morir por Hemorragia Postparto no depende únicamente de la pérdida de sangre, sino que también resulta de gran importancia el estado de salud previo; la pobreza, el bajo peso materno, la falta de control sobre la salud reproductiva, son situaciones que favorecen a esta entidad.

Es la causa principal de mortalidad materna en la mayoría de los países de bajos ingresos y nuestro país no es la excepción, motivo por el cual se realiza el presente estudio en el Hospital Bertha Calderón Roque, por ser uno de los hospitales más importantes a nivel nacional debido a que es un centro de referencia y mayor resolución, con el objetivo de poder identificar el nivel de cumplimiento de los criterios que aborda la Normativa 109 en este tipo de complicación y con los resultados poder aportar información útil para mejorar la calidad de atención, dar respuesta a esta problemática social y disminuir el índice de morbi-mortalidad materna secundaria a la hemorragia de las pacientes que acuden a este centro asistencial.

1.4 Planteamiento del problema

La hemorragia post parto es considerada una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, en Nicaragua el abordaje de la Hemorragia Postparto se realiza en base al Protocolo de la Normativa 109 del Ministerio de Salud de Nicaragua, pero no existe un riguroso control de calidad de aplicación del mismo.

El Hospital Bertha Calderón Roque continua siendo el hospital de referencia nacional con personal altamente capacitado, a pesar de ello y de la existencia de dicho protocolo, en esta unidad de salud se observa esta complicación del postparto inmediato sin embargo no existe estadística precisa sobre la calidad de aplicación y manejo de esta complicación obstétrica. Por lo antes mencionado nos planteamos la siguiente interrogante:

¿Cómo es el nivel de cumplimiento del protocolo para el manejo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016?

1.5 Objetivos

Objetivo General

Evaluar el cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016.

Objetivos específicos

1. Identificar los datos generales del grupo de mujeres en estudio.
2. Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio
3. Describir aplicación del protocolo según causa de hemorragia postparto
4. Señalar la evolución de las pacientes.
5. Identificar los criterios del protocolo que no se cumplen

1.6 Marco Teórico

En países desarrollados y en vías de desarrollo la hemorragia posparto (HPP) es la principal causa de morbilidad materna severa y mortalidad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 10.5% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

En Latinoamérica constituye la segunda causa de mortalidad materna con un 20.8%, tras la enfermedad hipertensiva siendo las secuelas más importantes derivadas de esta complicación las coagulopatías de consumo, transfusión de hemoderivados, pérdida de fertilidad y complicaciones quirúrgicas secundarias a cirugías de emergencia.

La mayor parte de las muertes maternas atribuidas a esta complicación son evitables, dado que existen intervenciones médicas efectivas demostradas como son:

La administración de oxitocina inmediatamente después del parto.

La extracción manual de la placenta.

Una intervención quirúrgica.

Transfusión sanguínea entre otras.

La cantidad de sangre que se puede perder sin alterar el estado hemodinámico es variable, depende del estado físico de la paciente, de la velocidad y cantidad de sangre perdida. Por lo tanto establecer cuando una hemorragia requiere una intervención activa estará determinado no solo por la evaluación del sangrado sino que de la paciente en su conjunto.

I. DEFINICIÓN

Pérdida sanguínea mayor de 500 cc después de un parto vaginal.

Pérdida sanguínea mayor de 1,000 cc después de una operación cesárea.

Caída en un 10% de los niveles de hematocrito con respecto a los niveles de hematocrito antes del parto o la cesárea.

Perdida sanguínea que haga a la paciente sintomática (mareo, síncope) o que resulta en signos de hipovolemia (taquicardia, hipotensión, oliguria).

II. ETIOLOGIA:

1. Alteraciones del tono uterino (Hipotonía, Atonía uterina); esta puede ocurrir cuando existe:

Sobredistensión uterina.

Agotamiento de la musculatura uterina.

Infección, Corioamnionitis.

Anomalía uterina.

Fármacos útero-relajantes.

2. Trauma (20 %):

Laceración cervico-vaginal.

Prolongación de la histerotomía en la cesárea.

Ruptura uterina

Inversión uterina

3. Retención de restos postparto (10 %):

Retención de restos (placenta, membranas).

Alumbramiento incompleto.

4. Trombina (Alteraciones de la coagulación):

Alteraciones de la coagulación preexistentes.

Alteración adquirida durante la gestación.

III. CLASIFICACIÓN

Hemorragia post parto inmediata: Es la que se produce en las primeras 24 horas posterior al nacimiento.

Hemorragia post parto tardía (o del puerperio propiamente dicho): Es la que se produce después de las 24 horas, hasta los diez primeros días de ocurrido el nacimiento.

Hemorragia del puerperio alejado: Es la que se produce después de los primeros diez días, hasta los 45 días posteriores al nacimiento.

Hemorragia del puerperio tardío: Es la que se produce después de los 45 días hasta los 60 días.

IV. FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGIA

Las causas de hemorragia posparto pueden simplificarse en **4 T**:

TONO (atonía).

TRAUMA (desgarros y laceraciones).

TEJIDO (retención de restos).

TROMBINA (alteraciones de la coagulación).

Múltiples factores se relacionan a que se presente hemorragia, las cuales se relacionan con su etiología:

1. Para que se presente alteraciones del tono uterino:

Polihidramnios.

Malformaciones fetales.

Hidrocefalia.

Parto prolongado o precipitado.

Multiparidad.

RPM prolongada.

Fiebre.

Miomas uterinos.

Placenta previa.

Betamiméticos, Nifedipina, Sulfato de Magnesio y Anestésicos.

2. Trauma en músculo uterino:

Parto instrumentado.

Parto precipitado.

Episiotomía.

Mal posición fetal.

Manipulación intrauterina fetal.

Presentación en plano de Hodge avanzado.

Cirugía uterina previa.

Parto Obstruido.

Placenta fúndica.

Tracción excesiva del cordón.

Paridad elevada.

3. Tejido:

Cirugía uterina previa.

Anomalías placentarias (placenta succenturiata, cotiledón accesorio).

4. Alteraciones de la coagulación:

Hemofilia.

Hipofibrinogenemia.

Antecedentes familiares de coagulopatías.

Púrpura Trombocitopénica Idiopática.

Síndrome de HELLP.

CID: preeclampsia, muerte intrauterina, infección.

DPPNI.

Embolia líquido amniótico.

V. DIAGNOSTICO

5.1 Manifestaciones Clínicas de la Hemorragia Post Parto

Manifestaciones iniciales y otros signos y síntomas típicos	Signos y síntomas que a veces se presentan	Diagnóstico probable	Frecuencia y Etiología
Hemorragia post parto inmediata Útero blando y no retraído	Taquicardia Hipotensión	Atonía uterina	(70%) Causa: Anomalía de la Contractilidad
Hemorragia post parto inmediata	Placenta íntegra Útero contraído	Desgarros del cuello uterino, vagina o periné	(20%) Causa: Traumática
No se palpa fondo uterino en la palpación abdominal Dolor intenso	Inversión uterina visible en la vulva Hemorragia post parto inmediata	Inversión uterina	
Dolor abdominal severo (puede disminuir después de la ruptura). Hemorragia post parto inmediata (el sangrado es intraabdominal y/o vaginal)	Abdomen doloroso: Shock Taquicardia No se expulsa la placenta	Ruptura Uterina	
No se expulsa la placenta dentro de los 15 minutos después del parto con manejo activo y 30 minutos con el alumbramiento espontáneo	Útero contraído	Retención de placenta	

Falta una porción de la superficie materna de la placenta o hay desgarros de membranas	Hemorragia postparto inmediata Útero contraído	Retención de restos placentarios	(10%) Causa: Retención de Productos de la gestación
Sangrado leve que continúa luego de 12 horas después del parto. Útero más blando y más grande que lo previsto según el tiempo transcurrido desde el parto	Sangrado variable (leve o profuso, continuo o irregular) Anemia	Retención de restos placentarios	
Sangrado no cede a medidas anteriores Sangrado en sitios de punción No formación de coágulos sanguíneo	Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final No. 2)Fibrinógeno <100 mg/dl Plaquetas disminuidas TP y TPT prolongados	Alteraciones de la coagulación.	

5.2 Auxiliares diagnósticos:

Pruebas de laboratorio

Biometría hemática completa.

Tipo y RH.

Tiempo de sangría.

Tiempo de coagulación.

Tiempo parcial de tromboplastina.

Tiempo de protrombina.

Recuento de plaquetas.

Glucemia.

Urea.

Creatinina.

Fibrinógeno.

Prueba de coagulación junto a la cama (ver anexo final No. 2).

VI. TRATAMIENTO, MANEJO Y PROCEDIMIENTOS

6.1 TRATAMIENTO

6.1.1. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

6.1.1.1. Durante la Atención Prenatal.

Identificar el riesgo durante la atención prenatal de hemorragia post parto y planificar el parto en un centro de mayor resolución.

Grantizar consejería a la embarazada y/o familiares/acompañantes para identificar señales de peligro y hacer énfasis en las acciones establecidas por el Plan de Parto.

Uso de antianémicos profilácticos y el tratamiento de la anemia en el embarazo: o Ingesta de 60 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo. o Ingesta de 120 mg de hierro elemental diario durante todo el embarazo si la hemoglobina es menor de 11 mg/dl.

Albendazol 400 mg dosis única a las 26 y 38 semanas de gestación.

Garantizar durante la atención prenatal la aplicación de toxoide tetánica.

6.1.1.2. Durante el Parto:

Prevención de la hemorragia post parto. Todas las mujeres independientemente del lugar de la atención ya sea en el domicilio o en una unidad de salud del primer o segundo nivel de atención y que presenten o no condiciones que propicien la hemorragia post parto deben recibir atención que incluya manejo activo del tercer período del parto (MATEP) (Anexo N°1):

1. Administrar 10 UI, IM de Oxitocina o 0,2 mg de ergometrina IM (si no está disponible la oxitocina y no se trata de paciente hipertensa); inmediatamente al nacimiento del bebé, habiendo descartado la presencia de otro bebé y antes del nacimiento de la placenta, se haya usado o no previamente Oxitocina para inductoconducción.

2. Pinzamiento del cordón umbilical hasta que deje de pulsar (aproximadamente 3 minutos). 3
3. Tensión controlada del cordón umbilical (aproveche la contracción uterina) con contra tracción (rechazando fondo uterino para evitar inversión uterina).
4. Realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.

6.1.1.3. Durante la hemorragia post-parto

1. Pedir ayuda para dar una atención de equipo.
2. Canalizar 2 vías con bránula No. 14 ó 16.
3. Colocar Sonda Foley, (una vejiga llena puede ser por sí sola causa de una atonía uterina).
4. Administrar líquidos IV a base de cristaloides (Solución Salina 0.9% o Lactato de Ringer) 1000 a 2000 ml a goteo rápido para reponer la volemia perdida.
5. Trasladar a la paciente a un centro asistencial de mayor resolución, según normativa 068.
6. Identificar las causas de la hemorragia post-parto.

6.1.2 SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

6.1.2.1 Durante la hemorragia post-parto

Además de lo realizado en el en el primer nivel continuar con:

Mantener a la paciente normotérmica con las medidas disponibles.

Aplicar oxígeno por máscara a razón de 6 a 10 litros por minuto o catéter nasal a razón de 5 Litros por minuto (mantener saturación de oxígeno por arriba del 90%).

Posición de Trendelemburg (Elevación de los miembros inferiores a 30 grados).

Continuar la infusión rápida de soluciones cristaloides (Solución Salina Fisiológica al 0.9% o de Ringer con Lactato), 2 litros; o Soluciones Coloides (Dextran), con volumen máximo de 1.5 Litros. recordar que la prioridad es la restauración de la normovolemia.

Si hay signos de hipoxia e hipoperfusión grave a pesar de la reposición de la volemia, transfundir rápidamente 2 Unidades de Paquete Globular de grupo O Rh (D) negativo, sin pruebas cruzadas. A falta de Paquete Globular grupo O Rh negativo, transfundir O Rh positivo, también sin pruebas cruzadas. Si se ha logrado completar la tipificación ABO y Rh (que tarda de 5 a 15 minutos) transfundir de acuerdo a los resultados de prueba cruzada.

Si persiste la hemorragia masiva, además de aumentar la transfusión de Paquete Globular, hay que transfundir 4 Unidades de plasma fresco congelado (PFC).

En casos de signos de sangrado por trombocitopenia (por dilución o consumo), transfundir concentrados de plaquetas a razón de 1Unidad/10Kg de peso corporal.

Realizar pruebas de BHC completa, plaquetas, TP, TPT y fibrinógeno para tomar decisiones de seguimiento. □ Por cada 6 uds de paquete globular transfundir 4 unidades de Plasma fresco congelado cuando el TP y TPT es mayor a 1.5 de lo normal (12-15 ml/kg o total 1 litro). □ Cuando las plaquetas están por debajo de 50,000/dl, transfundir Concentrado de plaquetas; una unidad plaquetaria por cada 10 kg de peso corporal.

Si fibrinógeno es menor 100 mg/dl, poner Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal. Además realizar pruebas de Coombs.

Garantizar el gasto urinario a razón de 30-60 ml horario.

Garantizar la presión arterial media por arriba de 60 mm Hg (2 veces la diastólica más la sistólica entre 3).

Antibioticoterapia en todos los casos de Hemorragia Post Parto: Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

El propósito del manejo en la pérdida masiva de sangre es:

Mantener la hemoglobina mayor de 8 gr/dl.

Plaquetas mayores de 75,000.

TP y TPT menor de 1.5 del control.

Fibrinógeno mayor de 100 mg/dl.

6. 2 MANEJO SEGÚN CAUSA

6.2.1 ATONÍA UTERINA

- a. Pasar 1000 ml de solución salina más 20 unidades de oxitocina IV a 125 ml/hora (40 gotas por minuto o sea 40 miliunidades por minuto). Si el sangrado continua administrar Ergonovina a razón de 0.2 mg IM ó IV y repetir en caso necesario a los 15 minutos, después repetir las dosis con intervalos de 4 horas, como máximo 5 dosis (1 mg) en total. (Ver Anexo No. 2). Si aún en el sangrado continua agregar Misoprostol en tabletas a dosis de 600 microgramos vía sublingual dosis única.
- b. Masaje uterino continuo.
- c. Monitoree pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y dolor.
- d. Si el sangrado es incontrolable realice compresión bimanual del útero si esto fracasa trasladar a la paciente con taponamiento uterino y realizando compresión de la aorta abdominal. Nunca el taponamiento debe ser vaginal porque lo único que se haría es ocultar la hemorragia. (Ver Anexo No.3).

6.2.2 DESGARRO VULVO-PERINEAL, VAGINAL O CERVICAL

Sutura de los mismos de ser identificables (Anexo 4-5)

6.2.2.1 Ruptura uterina

Realice laparotomía exploradora.

Suturar el útero de ser bien identificable los bordes. (Ver norma de Ruptura Uterina).

Si no son identificables los bordes realice histerectomía.

6.2.2.2 Inversión uterina reubicar en trauma

Su restitución debe hacerse de inmediato, bajo sedación o anestesia general y/o regional el cual es un relajante de la musculatura uterina, con el objetivo de practicar la restitución uterina, antes de que se forme el anillo de contracción (Maniobra de Jhonson). Anexo No. 7.

Si no se logra restituir el útero, traslade a la paciente a un hospital para realizar restitución quirúrgica del útero (ver Anexo No.17) Maniobra de Huntington o la Maniobra de Haultani.

6.2.3 RETENCIÓN PARCIAL DE PLACENTA (ALUMBRAMIENTO INCOMPLETO):

Extraer los restos de cotiledón o membrana retenida, auxiliado con una valva de Simms y/o espéculo, una pinza de Foresters, en caso necesario practique un legrado instrumental con cureta de Wallich, de Hunter o Pinard.

6.2.3.1 Retención de placenta

(No expulsión de la placenta después de 15 minutos con manejo activo):

Administre oxitocina 10 unidades en 1000 ml de Solución Salina al 0.9% o Ringer Lactato a 40 gotas por minuto en infusión intravenosa.

Estime la cantidad de sangre perdida.

Si han transcurrido 15 minutos y no se expulsa la placenta, provoque contracciones uterinas mediante masaje externo del fondo uterino e incremente la concentración de oxitocina a 60 gotas por minutos y así lograr la expulsión de la placenta.

Practique tensión controlada del cordón umbilical durante la contracción uterina.

Si la placenta no se expulsa, realizar maniobra de Credé (exprimir manualmente de forma continua y sostenida el fondo del útero para lograr la expulsión de la placenta).

Si la placenta no se expulsa a pesar de haber realizado las maniobras anteriores llevar a la paciente a sala de operaciones y realizar la extracción manual de placenta con personal capacitado. (Anexo N°6).

Si la placenta no se desprende completamente considerar que se trata de un acretismo.

Una vez extraída o expulsada la placenta:

Continúe la vigilancia estrecha por 8 horas o más.

Mantenga la infusión de oxitocina por lo menos 6 horas.

Mantenga el masaje uterino externo y oriente a la paciente para que lo practique a fin de mantener el globo de seguridad de Pinard.

Confirme los valores de hematocrito y hemoglobina, y realice transfusión sanguínea si es necesario. ☐ Indique sulfato o fumarato ferroso.

La antibioticoterapia se debe realizar con Ceftriazone 1 gr IV cada 12 horas más Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas o Clindamicina 900 mg IV cada 8 horas.

Brindar consejería a la paciente sobre el uso de un método anticonceptivo placentario y realizar histerectomía sub-total o total.

6.2.3.2 Hemorragia Tardia post-parto:

Generalmente se da por sepsis puerperal (metritis) caracterizado por sangrado persistente mal oliente y restos placentarios por lo que se deberá manejar como endometritis por restos placentarios. (Ver protocolo de sepsis puerperal).

6.2.4 TRASTORNOS DE LA COAGULACION

Tratar la enfermedad subyacente si la hay.

Uso de Crioprecipitado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, como medida ideal. Si no se cuenta con Crioprecipitado, iniciar transfusión de Plasma Fresco Congelado 1 unidad por cada 10 kg de peso corporal, lo que incrementa el fibrinógeno en 10 mg/dl por cada unidad.

Mantener el recuento plaquetario mayor de 50,000 (Recordar que 1 unidad plaquetaria aumenta en por lo menos 5,000 plaquetas).

Mantener hematocrito en 30% (cada unidad de paquete globular aumenta en 3% el hematocrito).

Realizar interconsulta con Medicina Interna.

6.3. PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN LA HEMORRAGIA POSTPARTO. (ATONIA UTERINA)

Procedimiento	Ventajas de la técnica	Desventajas de la técnica
Ligadura de las arterias uterinas uni o bilateral	Conserva la fertilidad Muy aplicable Menor riesgo Más rápida	Poco realizada
Ligadura de ligamento Utero-ovárico	Conserva la fertilidad Muy aplicable	Poco realizada
Ligadura de las arterias hipogástricas	Conserva la fertilidad	Poco realizada Más difícil de realizar Requiere mayor tiempo Mayor riesgo de complicaciones (ruptura de la vena ilíaca, ligadura del uréter)
Sutura B-Lynch	Conserva la fertilidad	Poco difundida
Histerectomía subtotal	Más rápida Muy conocida	No conserva la fertilidad
Histerectomía total	Muy conocida	No conserva la fertilidad Más difícil que la anterior

VII. . COMPLICACIONES

Anemia.

Shock hipovolémico.

Endometritis.

Sepsis.

Infertilidad.

VIII. DEFINICIÓN DE ROLES POR NIVEL DE ATENCIÓN

8.1 Criterios de traslado.

Carencia de recursos humanos calificados.

Carencia de equipo e insumos médicos para la atención.

Carencia de Unidad de Cuidados Intensivos.

Complicaciones que no pueden ser tratadas con los insumos médicos y recursos humanos del área de salud donde se está atendiendo.

8.2. Procedimientos a paciente que será trasladada

Realizar de acuerdo a lo descrito en Normativa 068.

8.3. Criterios de alta

Ausencia de sangrado anormal.

Hematocrito en límites aceptable posterior al evento obstétrico entre 28 a 30%.

Signos vitales en límites normales.

No hay signos de infección.

Herida quirúrgica sin complicaciones.

Al recuperar su estado de salud, será contra referida a la unidad de salud de su procedencia. Consejería y oferta de método de planificación familiar.

Consejería sobre lactancia materna.

Dieta adecuada a sus requerimientos.

Retiro de puntos y continuidad del tratamiento:

- Administre DT, si el esquema está incompleto o no se conoce.
- Administre Sulfato Ferroso, Acido Fólico y Vitamina B12.

CAPITULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Área de estudio:

Sala de maternidad del Hospital Bertha Calderón Roque

2.2 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

2.3 Universo:

Todas las pacientes ingresadas a sala de maternidad en Hospital Bertha Calderón Roque.

2.4 Muestra:

Todas aquellas pacientes ingresadas a sala de maternidad con diagnóstico de hemorragia postparto y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.5 Criterios de inclusión:

1. Pacientes con expediente clínico completo y disponible en el departamento de archivo.

2.6 Criterios de exclusión:

1. Pacientes con expedientes clínicos extraviados o incompletos.

2.7 Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación

Para obtener la información se procederá a realizar las siguientes actividades:

1. Previa solicitud al director del hospital Bertha Calderón Roque mediante una carta firmada que nos autorice poder revisar los expedientes clínicos.
2. Revisión de los expedientes clínicos con diagnóstico de hemorragia posparto en el dpto. de archivo.
3. Aplicación del instrumento de recolección de datos adaptado del documento de validación del Ministerio de Salud de Nicaragua en cada uno de los expedientes clínicos de las pacientes atendidas; verificando que cada uno de ellos cumpla con los criterios de inclusión antes definidos. (Ver anexo 1)

2.8 Plan de tabulación y análisis de la información

A partir de la información obtenida se procederá a realizar el análisis en tablas y gráficos con su respectiva tasa de frecuencia y porcentaje utilizando el programa de cálculo Microsoft Office Excel 2013 y el paquete estadístico EpiInfo, digitalizándolo en Microsoft Office Word 2013 y presentándolo a través del programa Microsoft Office PowerPoint 2013.

Los sesgos de información se controlaran capacitando al personal encargado de llenar la encuesta, para no afectar la validez del estudio y lograr el cumplimiento de los objetivos.

Definición de variables por objetivos

1. Identificar los datos generales del grupo de mujeres en estudio:

- Edad
- Religión
- Procedencia
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

2. Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio

- Inicio de vida sexual activa
- Gestas
- Abortos
- Partos vaginales
- Cesáreas
- Controles prenatales
- Período intergenésico
- Vía de finalización del embarazo

3. Describir aplicación del protocolo según causa de hemorragia postparto

Aplicación de protocolo

4. Señalar la evolución de las paciente:

Satisfactoria

Insatisfactoria

2.9 Operacionalización de las variables.

Objetivo: Identificar los datos generales del grupo de mujeres en estudio.

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/Valor
Edad	Periodo de tiempo comprendido desde la fecha del nacimiento al ingreso de la paciente.	Años	< 19 años 20-34 años >35 años
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de normas y conductas sociales de la paciente		Católica Evangélica
Procedencia	Lugar en que vive la paciente	Origen	Rural Urbano
Estado civil	Condición de una persona en relación a su vida conyugal	Relación de pareja	Soltera Casada Acompañada Viuda
Escolaridad	Tiempo en el cual se asiste a un centro de enseñanza.	Ultimo nivel de estudio alcanzado	Primaria Secundaria Técnico Estudio superior
Ocupación	Actividad que desenvuelve diariamente la persona	Perfil ocupacional	Ama de casa Estudiante Profesional

Objetivo 2: Identificar los datos gineco-obstétricos del grupo de mujeres en estudio

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/Valor
IVSA	Edad que tuvo la primera relación sexual	Años	< 19 años 20-34 años >35 años
Gesta	Número de embarazos previos en la paciente	Según expediente	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta Gran multigesta
Aborto	Interrupción del embarazo voluntaria o involuntariamente	Según expediente	Ninguno 1 2 3
Partos vaginales	Partos por vía vaginal		Nulípara Multípara
Cesáreas	Partos vía quirúrgica	Según expediente	Ninguno Uno Más
Controles prenatales	Visitas que realiza la paciente con el proveedor de salud para valorar la evolución del embarazo.	Según expediente	Ningún control 1-4 controles > 4 controles
Periodo intergenésico	Período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual	Según expediente	18 meses 18 meses – 2 años Más de 2 años
Vía del parto	Vía por la cual concluye el evento obstétrico.	Según expediente	Vaginal Cesárea

Objetivo 3: Describir aplicación del protocolo según causa de hemorragia postparto

Aplicación de protocolo

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/Valor
Aplicación de protocolo	Masaje uterino	Según expediente	Si No
	Verificación de placenta íntegra	Según expediente	Si No
	Uso de oxitócicos	Según expediente	Si No
	Compresión bimanual de útero / compresión de aorta abdominal	Según expediente	Si No
	Transfusión sanguínea si es requerida	Según expediente	Si No
	Examinación cuidadosa del canal del parto	Según expediente	Si No
	Identificación de desgarros uterinos, vaginal o perineal	Según expediente	Si No
	Reparación de desgarros identificados	Según expediente	Si No
	Prueba de coagulación junto a la cama	Según expediente	Si No
	Manejo activo o manejo expectante	Según expediente	Si No
	Extracción de placenta si se palpó en vagina	Según expediente	Si No
	Asegurar vejiga vacía	Según expediente	Si No
	Maniobra de Credé	Según expediente	Si No
	Extracción manual de placenta	Según expediente	Si No
	Búsqueda de restos placentarios	Según expediente	Si No
	Extracción de restos placentarios	Según expediente	Si No
	Posibilidad de acretismo placentario	Según expediente	Si No

Objetivo 4: Señalar la evolución de las pacientes

Satisfactoria

Insatisfactoria

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/Valor
satisfactoria	Cambios graduales implicados en la mejoría de la patología y resolución del problema.	Según expediente	Si No
insatisfactoria	A pesar de brindar tratamiento no ha tenido cambios que conlleven a la mejoría de la patología.	Según expediente	Si No

2.10 Aspectos éticos de la investigación

Todos los datos y fichas obtenidas para la investigación serán autorizados en términos y estado consciente por el personal encargado de la sala de estadísticas del Hospital Bertha Calderón Roque, estos datos obtenidos se manejarán de forma confidencial con el único fin de realizar dicha investigación garantizando así el anonimato de las pacientes como sus datos personales contenidos en los expedientes clínicos.

CAPÍTULO 3. DESARROLLO

3.1 Resultados

El presente estudio se realizó en el servicio de Maternidad del hospital Bertha Calderón Roque, se incluyó un total de 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para dicho estudio, obteniendo los siguientes resultados:

Respecto a datos socio-demográficos el 64.29% corresponde al grupo etáreo de 20 a 34 años de edad seguido de 28.57 % en el grupo menor de 19 años y el 7.14% a pacientes mayores de 35 años. En relación a la procedencia se encontró que el 61.9% corresponde al área urbana y el 38.1% al área rural. En cuanto al estado civil el 54.76% de las pacientes son acompañadas, 28.57 % casadas y 16.67% solteras. De acuerdo a escolaridad 64.29% de las pacientes tienen secundaria aprobada, el 21.49% primaria y el 14.29% educación superior. Referente a ocupación 80.96% corresponden a ama de casa, 11.90% profesional y 7.14% estudiante.

En los antecedentes gineco obstétricos teniendo en cuenta el inicio de vida sexual activa el 78.57% corresponde a menor de 19 años y el 21.43% de 20 – 34 años. En referencia a las gestas 35.72% de las pacientes son primigestas, 42.86% bigestas, 7.14% trigestas, 9.52% multigestas, 4.76% gran multigestas y el 14.29% de éstas han tenido un aborto, cabe mencionar que el 9.52% de las pacientes tenían antecedentes de cesárea anterior, el 50% de ellas eran nulíparas y 50% multíparas. En base a controles prenatales encontramos que el mayor porcentaje con un 52.38% corresponde a 1 - 4 controles, el 35.72% mayor de 4 controles y en menor porcentaje con 11.90% no se consignó. En lo que concierne a período intergenésico el 35.70% no aplica dado que pacientes eran primigestas, 11.90% con un período intergenésico menor de 18 meses, el 16.70% entre 18 meses a 2 años y el 35.70% restante corresponde a mayor de 2 años.

En cuanto a la vía de finalización del parto los resultados reflejados fueron que el 95.24% corresponde a vía vaginal y 4.76% vía cesárea.

En correspondencia a causas de hemorragia post parto el 61.88% fue por alteración del tono uterino, el 14.28% corresponde a desgarros del cuello vagina y periné y el mismo porcentaje a retención placentaria, por último el 9.52% a retención de fragmentos placentarios, durante el estudio no se evidenció hemorragia post parto secundaria a ruptura e inversión uterina ni trastornos de la coagulación.

Correlacionando la gestas con la causa de hemorragia post parto, se concluyó que en la alteración del tono uterino se presenta en igual porcentaje en primigestas y bigestas con un 21.42%, así mismo el 7.14% tanto para trigesta como multigesta y 4.76% para gran multigesta; referente a desgarros del cuello, vagina y periné 7.14% corresponde a primigesta al igual que bigestas; con respecto a retención placentaria el 4.76% primigestas y 9.52% en bigestas, por último en cuanto a retención de fragmentos placentarios ocurrió con mayor proporción en las bigestas con un 7.14% y en primigestas en 2.38%.

El nivel de cumplimiento de protocolo de hemorragia postparto según causa fue mayor del 95%, obteniendo un porcentaje global de cumplimiento del 98% del total de expedientes monitoreados.

Referente a la evolución de las pacientes ésta fue satisfactoria, solo el 11.9% de las pacientes ameritaron transfusión sanguínea y no hubo mortalidad materna secundario a hemorragia postparto.

3.2 Discusión de los resultados

En el presente estudio investigativo se presentaron 42 casos de pacientes con diagnóstico de hemorragia postparto en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el I semestre del año 2016, los datos fueron recolectados en base a análisis de expedientes que cumplieran con los criterios de inclusión de dicho estudio.

Las principales características sociodemográficas corresponden a la edad de 20 – 34 años las que coinciden con estudios realizados anteriormente tales como “Cumplimiento de protocolo en pacientes atendidas en Hospital José Nievorowski Boaco en el período de junio 2013 a junio 2014” y “Complicaciones obstétricas más frecuentes en los partos atendidos en el hospital nuevo amanecer Nancy Bach de puerto cabezas en el periodo enero-diciembre del 2012” considerando lo antes expuesto puede estar relacionado con la edad fértil en las mujeres nicaragüenses, en cuanto a la procedencia hubo mayor predominio del casco urbano con 61.9% lo que se justifica por el fácil acceso a los servicios de salud, el estado civil de las pacientes en nuestro estudio fue acompañada en su mayoría, en menor proporción casadas y solteras lo que puede deberse a una nueva cultura que nuestra sociedad ha adaptado.

Los resultados que el estudio refleja en cuanto a escolaridad reporta que el mayor porcentaje fue de secundaria seguido de primaria y una minoría logró alcanzar educación superior lo que se correlaciona con la ocupación preponderante de las pacientes la que fue ama de casa.

Referente a los antecedentes gineco obstétricos el IVSA fue menor de 19 años de edad que corresponde con el predominio de las bigestas, dado que si su inicio de vida sexual activa es más pronto mayor es la probabilidad de embarazos lo que a su vez se correlaciona con embarazos en adolescentes.

En el estudio no se concluyó que el aborto sea un factor de riesgo determinante para desarrollar hemorragia postparto debido a que corresponde al 14.2% del total de pacientes que conformaron dicha investigación.

Los controles prenatales son de utilidad dado que es el eslabón para identificar los factores de riesgos que tienen las pacientes para desarrollar patologías maternas que pueden propiciar un factor predisponente para desarrollar hemorragia postparto y 5 de las pacientes en el estudio no consignaron controles prenatales lo que representa factores de riesgos no identificados para el desarrollo de esta complicación del parto.

Respecto a las causas que condujeron a presentar hemorragia postparto se observa con mayor frecuencia la alteración del tono uterino con 61.8% lo que se correlaciona con estudios emitidos por el Ministerio de salud en el año 2011 y con la investigación “Evaluación de aplicación de protocolo de Hemorragia post parto en Hospital Bertha Calderón Roque durante el período comprendido 1 Enero de 2008 al 31 de diciembre del 2012”.

En el nivel de cumplimiento de aplicación de protocolo se encontró que el 98% de los expedientes revisados se aplica de forma adecuada la normativa establecida con una evolución satisfactoria de dichas pacientes.

3.3 Conclusión

1. El grupo etáreo que predominó fue el de 20 a 35 años. Procediendo del casco urbano en su mayoría, con un nivel de escolaridad medio que correspondía a la educación secundaria, con estado civil acompañada y ocupación ama de casa.
2. En correspondencia con los datos gineco obstétricos las que predominaron fueron bigestas, la mayoría de las pacientes tenía de 1 a 4 controles prenatales con un periodo intergenésico predominante mayor de 2 años y la vía de finalización del embarazo fue vaginal.
3. Las pacientes más afectadas con esta complicación son bigestas y la causa más frecuente fue alteración del tono uterino.
4. La evolución de las pacientes fue de manera satisfactoria sin complicaciones secundarias a hemorragia postparto ni datos de mortalidad materna.
5. En este estudio se concluye que el Hospital Bertha Calderón Roque aplica el protocolo de complicaciones obstétricas sobre hemorragia post parto en un 98%

3.4 Recomendaciones

1. Al personal médico y paramédico del Hospital Bertha Calderón Roque:
 - a. Escribir con letra clara y legible en expediente clínico.
 - b. Monitoreo estricto de la realización de masaje uterino inmediato al alumbramiento placentario y durante las primeras 2 horas por personal entrenado y que domina la técnica de masaje uterino.
 - c. Realizar correctamente la historia perinatal de cada paciente que ingresa al servicio de ARO y Parto para de esta forma aplicar de forma efectiva la teoría del factor de riesgo y poder clasificar el embarazo y de esta forma tomar decisiones precoces ante una posible Hemorragia post parto.
 - d. Reportar al inmediato superior de forma oportuna todas aquellas pacientes que se complican al momento del parto para su manejo adecuado.
2. A Dirección del Hospital Bertha Calderón Roque junto al equipo de revisión de expediente clínico y subdirección docente:
 - a. Reproducir y distribuir material bibliográfico a cerca del manejo de hemorragia postparto en sala de labor y parto y maternidad con la finalidad de ser utilizados como instrumento de consulta por los médicos en formación.
 - b. Al Sub Director docente del hospital presentar los resultados de este estudio con el fin de crear conciencia que implica el manejo adecuado de normas según Ministerios de Salud de Nicaragua.
 - c. Monitoreo continuo de los expedientes clínicos con el objetivo de evaluar el cumplimiento de protocolo

CAPÍTULO 4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

4.1 Bibliografía

1. Ministerio de Salud , Nicaragua. (2013). *Normativa 109. Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas* . Managua.
2. C, A. Z. (2009). *the global burden of maternal death and disability. Britis medical buletin.*
3. J, B. (2009). *Massive obstetric hemorrhage. Bailliere Clinical Obstetric and Gynecology.*
4. Organización Mundial de la Salud . (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la hemorragia posparto.* .
5. Edgar Kestler, C. L. (2010). *Prevención de la muerte materna en áreas marginadas y zonas de mayor riesgo en Latinoamérica a través de un diagnóstico y referencia oportuna.*
6. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. (2015). *La Hemorragia Postparto.*
7. Martínez, C. V. (2004). *Manejo activo del tercer periodo del parto en el Hospital Fernando Vélez Paiz.* Tesis de especialidad, Nicaragua.
8. Gutiérrez, G. M. *Evaluación de la aplicación del protocolo de hemorragia post parto en el hospital Bertha Calderón Roque durante el período comprendido de 01 de enero del 2008 al 31 diciembre del 2012.*
9. Guerrero, B. (2011). *Hemorragia posparto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Docente Riobamba.* Riobamba, Ecuador.
10. Girano, P. A. (2012). *Factores de alto riesgo asociados a hemorragia posparto inmediato en Hospital Maria Auxiliadora* . Lima, Peru.
11. Tercero, J. P. (2014). *Incidencia de Hemorragia posparto por Atonia Uterina en Hospital Regional de Escuintla.* Escuintla, Guatemala.

12. Rodriguez, E. , Sanchez , M. (2010) *Nivel de conocimiento y cumplimiento de las normas y protocolo de hemorragia postparto en Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua*
13. Aleman, G. (2012) *Evaluación de la aplicación del protocolo de hemorragia post parto en el hospital Bertha Calderón Roque durante el período comprendido de 01 de enero del 2008 al 31 diciembre del 2012. Managua, Nicaragua*
14. Arauz, P. (2012). *Manejo de Hemorragia Postparto por atonia uterina en Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua.*
15. Lopez,L. Perez, S. (2012). *Factores asociados a hemorragia postparto en las embarazadas ingresadas en la sala de maternidad del Hospital Luis Felipe Moncada del departamento de Rio San Juan durante el periodo comprendido de 01 de enero 2009 al 30 de abril 2012.*
16. Soza, M. (2014). *Factores asociados a hemorragia postparto por atonia uterina en Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua*

CAPÍTULO 5. ANEXOS

5.1 TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla N° 1.

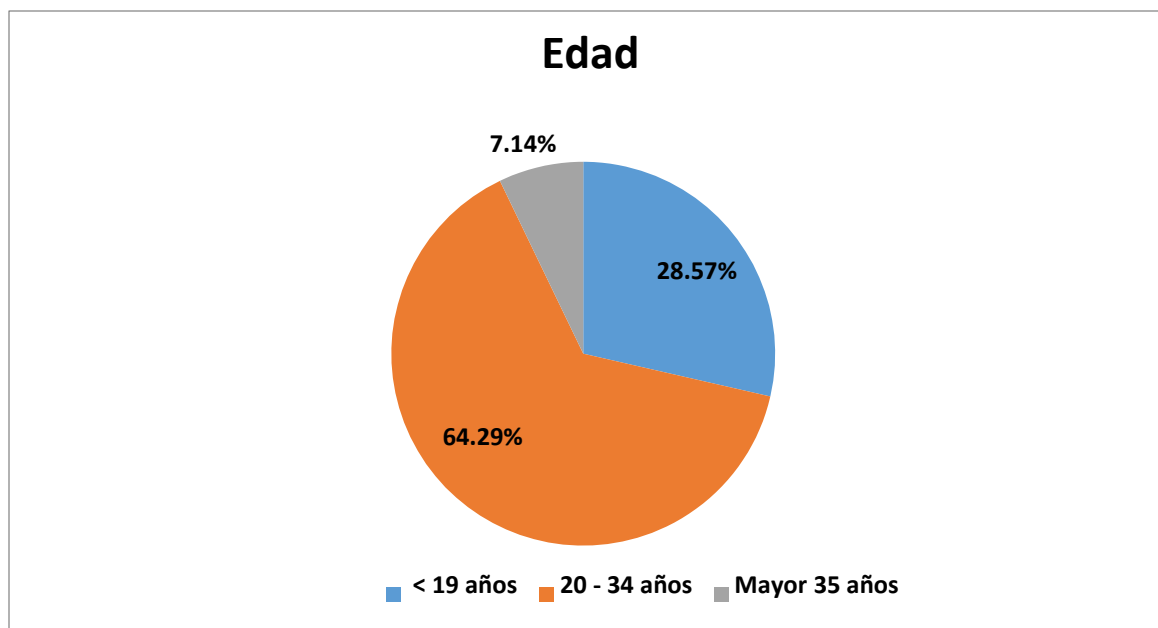
Edad de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Edad	N°	%
<19 años	12	28.57
20 - 34 años	27	64.29
Mayor 35 años	3	7.14
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 1.

Edad de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 1

Tabla Nº 2 .

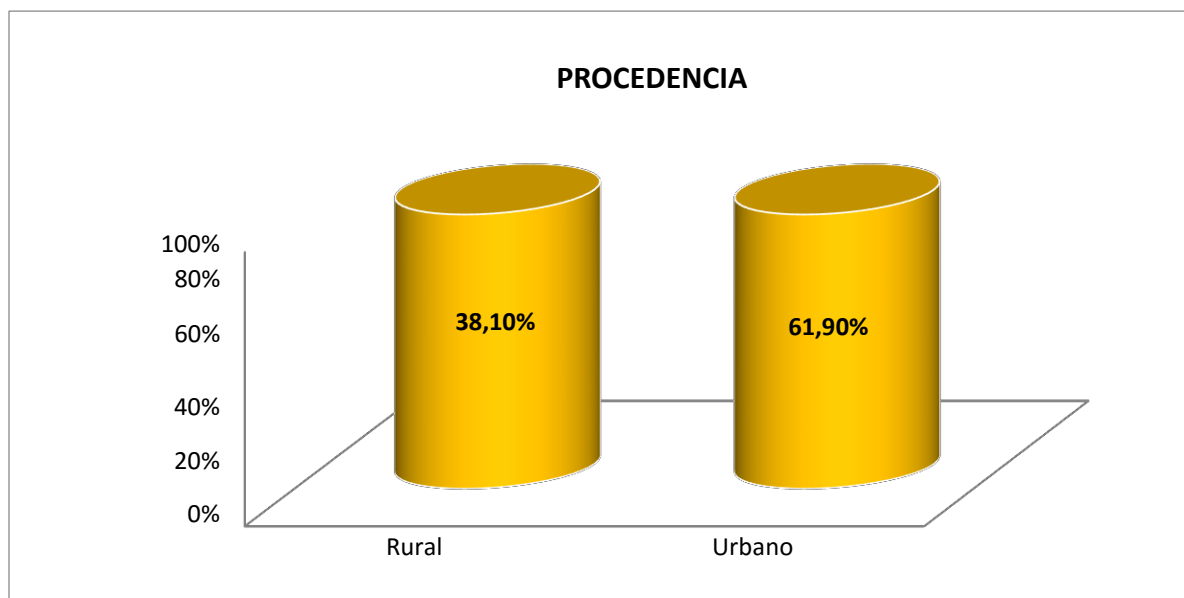
Procedencia de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Procedencia	Nº	%
Rural	16	38.10
Urbano	26	61.90
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 2

Procedencia de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 2

Tabla Nº 3 .

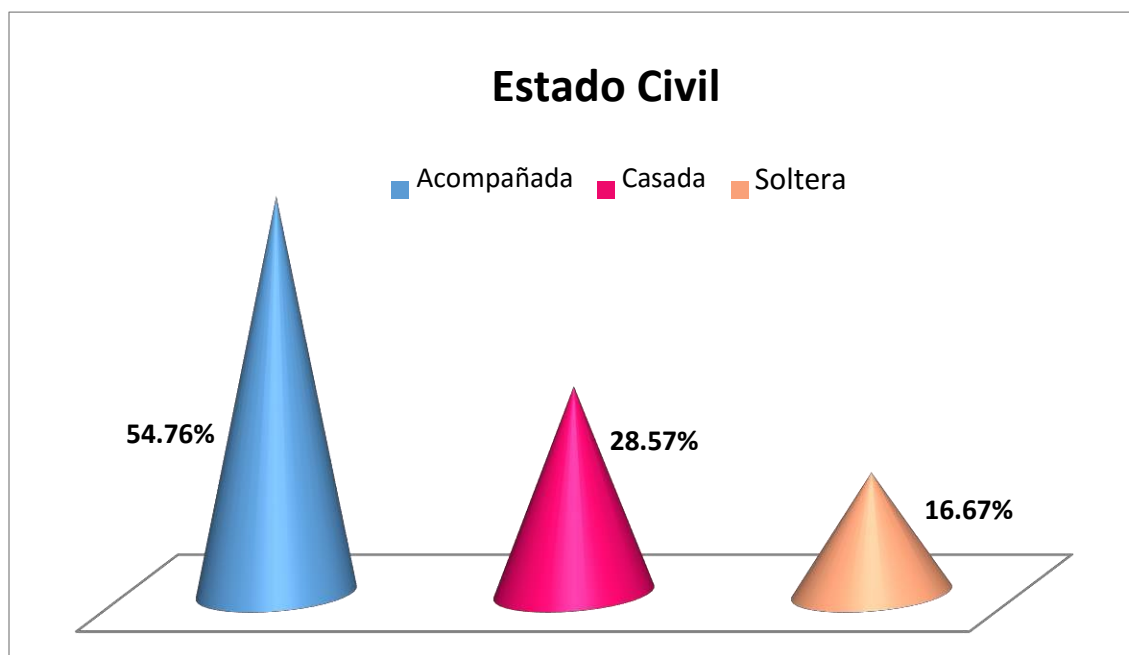
Estado Civil de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Estado Civil	Nº	%
Acompañada	23	54.76
Casada	12	28.57
Soltera	7	16.67
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 3 .

Estado Civil de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 3

Tabla N° 4 .

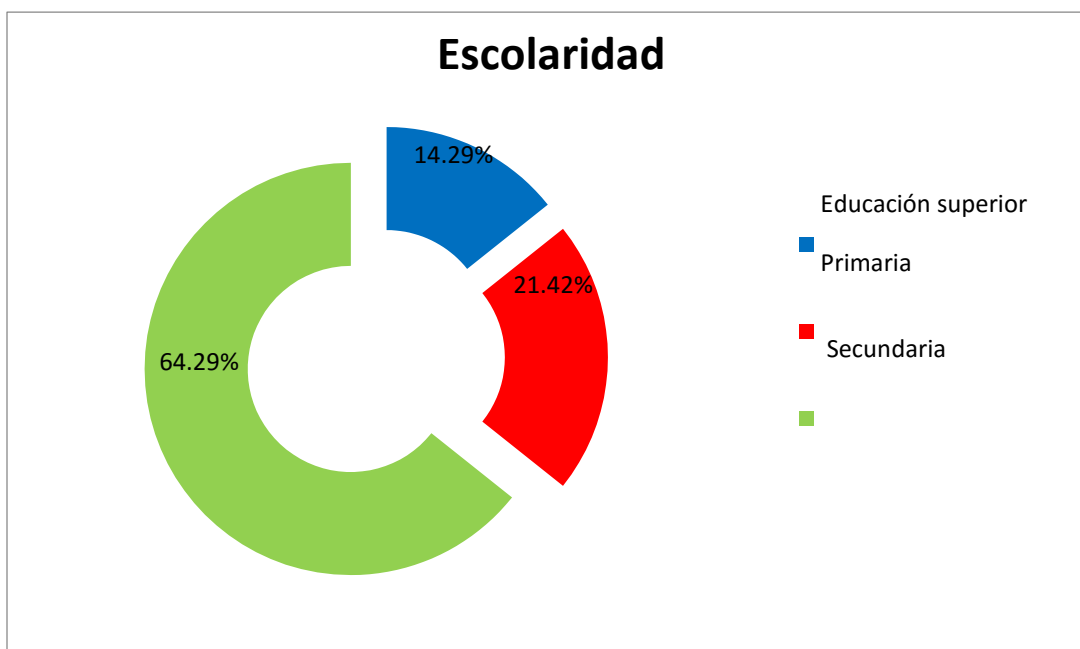
Escolaridad de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Escolaridad	Nº	%
Educación superior	6	14.29
Primaria	9	21.42
Secundaria	27	64.29
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 4 .

Escolaridad de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 4

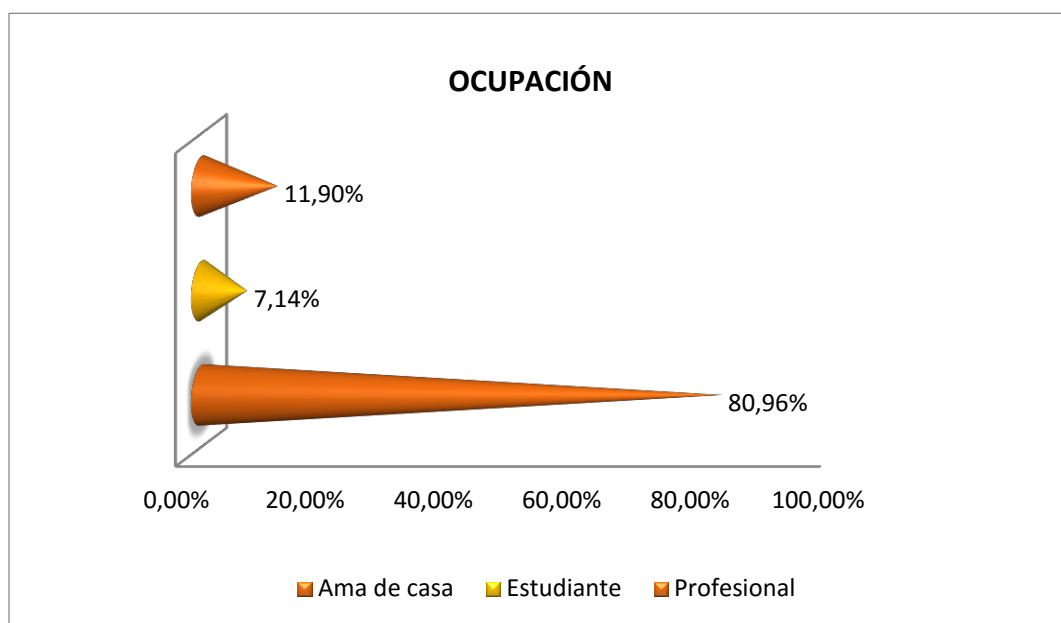
Tabla Nº 5.

Ocupación de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Ocupación	Nº	%
Ama de casa	34	80.96
Estudiante	3	7.14
Profesional	5	11.90
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 5. Ocupación de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 5

Tabla Nº 6.

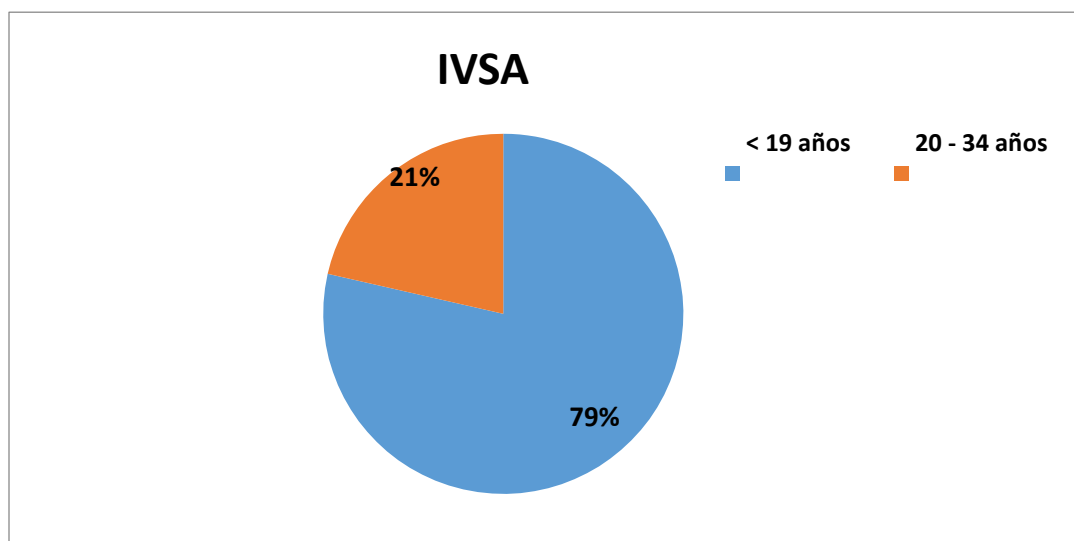
IVSA de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

IVSA	Nº	%
< 19 años	33	78.57
20 - 34 años	9	21.43
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 6.

IVSA de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 6

Tabla N° 7.

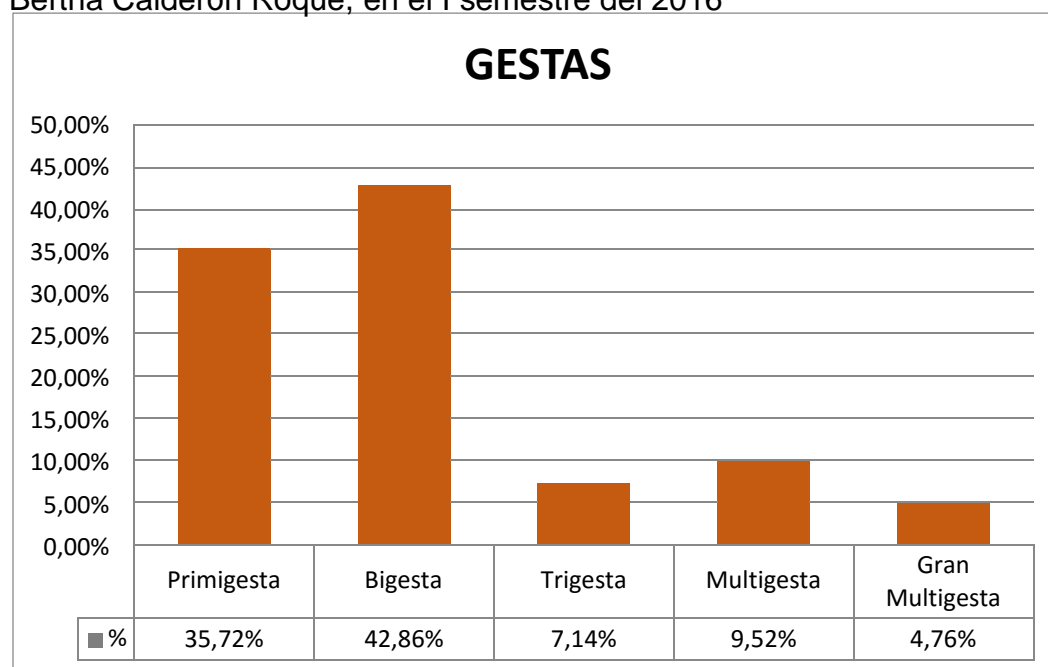
Nº de gestas de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Gestas	Nº	%
Primigesta	15	35.72
Bigesta	18	42.86
Trigesta	3	7.14
Multigesta	4	9.52
Gran Multigesta	2	4.76
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 7.

Nº de gestas de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 7

Tabla Nº 8.

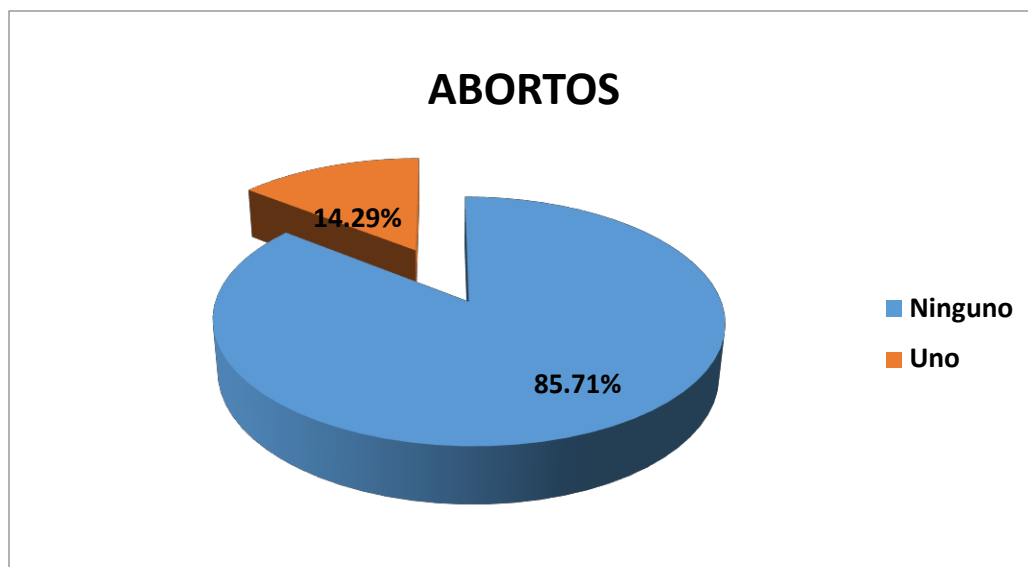
Nº de abortos en pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Abortos	Nº	%
Ninguno	36	85.71
Uno	6	14.29
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 8.

Nº de abortos en pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 8

Tabla N° 9.

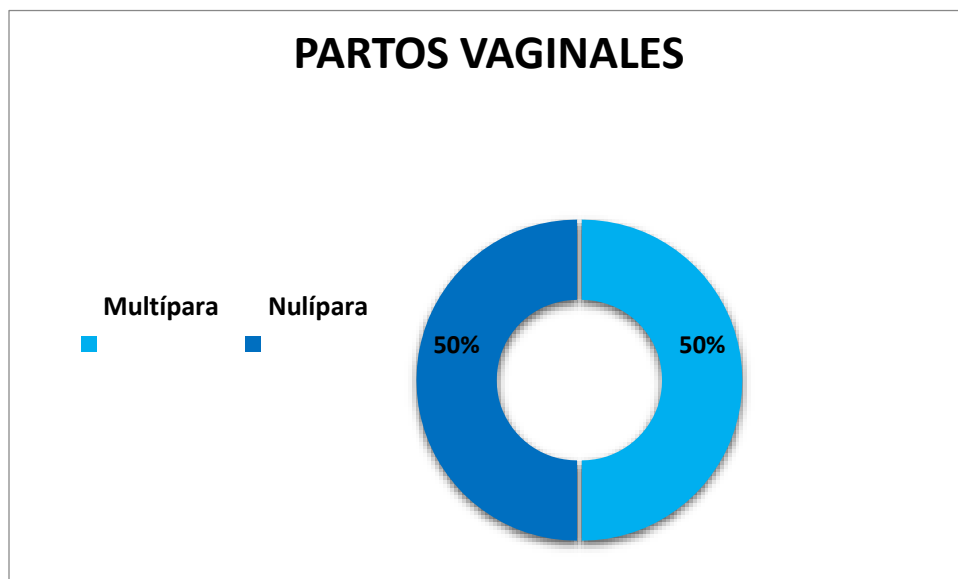
Partos vaginales de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Partos Vaginales	Nº	%
Múltipara	21	50
Nulípara	21	50
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico.

Gráfico N° 9.

Partos vaginales de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 9

Tabla Nº 10.

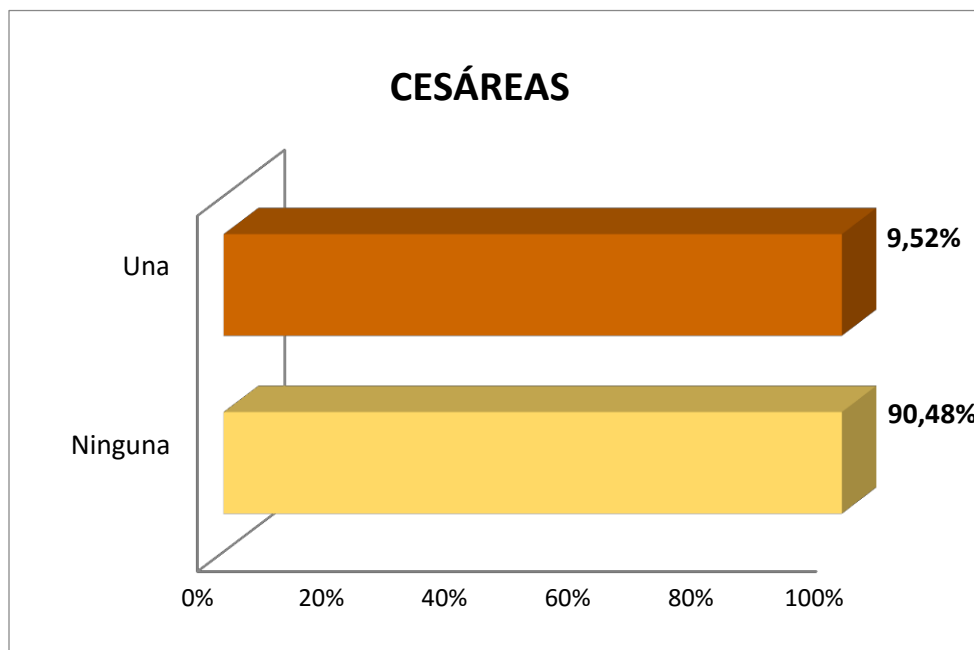
Cesáreas en pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Cesáreas	Nº	%
Ninguna	38	90.48
Una	4	9.52
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico Nº 10.

Cesáreas en pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla Nº 10

Tabla N° 11.

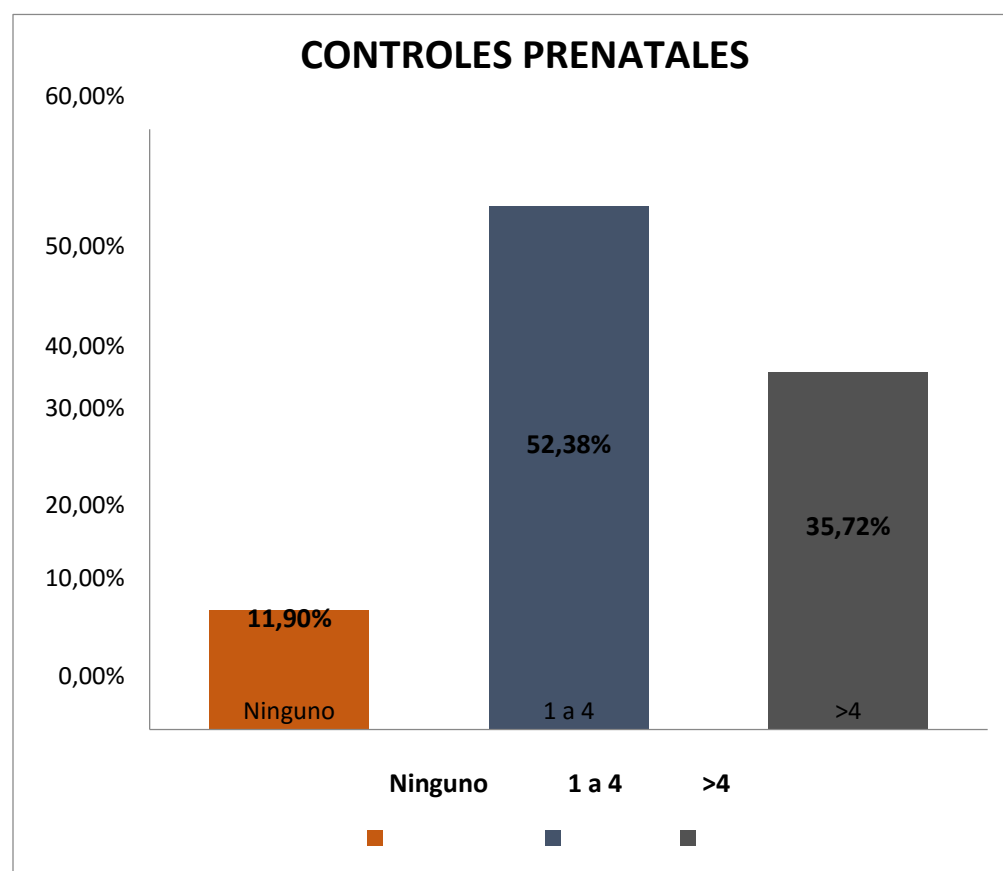
Nº de controles prenatales de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Controles Prenatales	Nº	%
Ninguno	5	11.90
1 a 4	22	52.38
>4	15	35.72
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Grafica N° 11.

Nº de controles prenatales de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 11

Tabla N° 12.

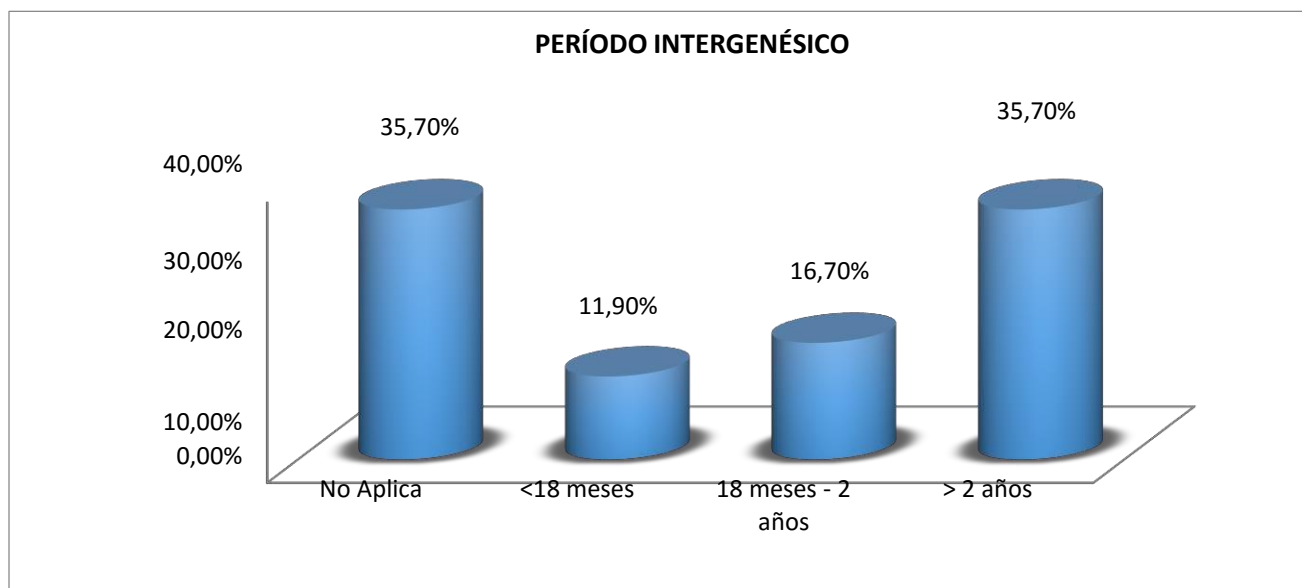
Período Intergenésico de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Período Intergenésico	Nº	%
No Aplica	15	35.70
< 18 meses	5	11.90
18 meses – 2 años	7	16.70
>2 años	15	35.70
TOTAL	42	100%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 12.

Período Intergenésico de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 12

Tabla N° 13.

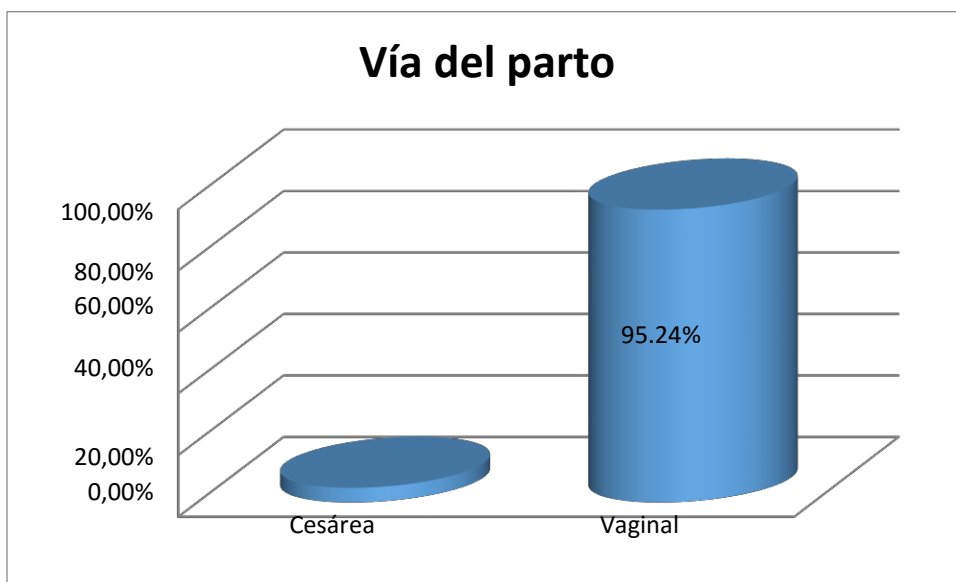
Vía del parto de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Vía del parto	Nº	%
Cesárea	2	4.76
Vaginal	40	95.24
TOTAL	42	100.00%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 13.

Vía del parto de pacientes con Diagnóstico de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 13

Tabla Nº 14.

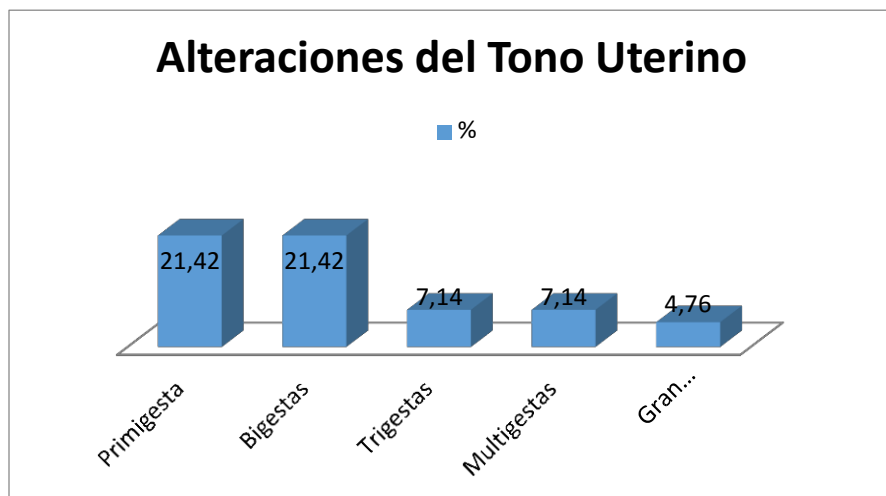
Gestas en relación a las causas de hemorragia post parto en pacientes del Hospital Berta Calderón Roque en el I semestre del 2016

Alteración del tono uterino	Nº	%
Primigesta	9	21.42
Bigestas	9	21.42
Trigestas	3	7.14
Multigestas	3	7.14
Gran Multigestas	2	4.76
Total	26	61.88%
Desgarros del cuello, vagina o periné	Nº	%
Primigesta	3	7.14
Bigestas	3	7.14
Total	6	14.28%
Retención Placentaria	Nº	%
Primigesta	2	4.76
Bigestas	4	9.52
Total	6	14.28%
Retención de fragmentos placentarios	Nº	%
Primigesta	1	2.38
Bigestas	3	7.14
Total	4	9.52%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 14.1

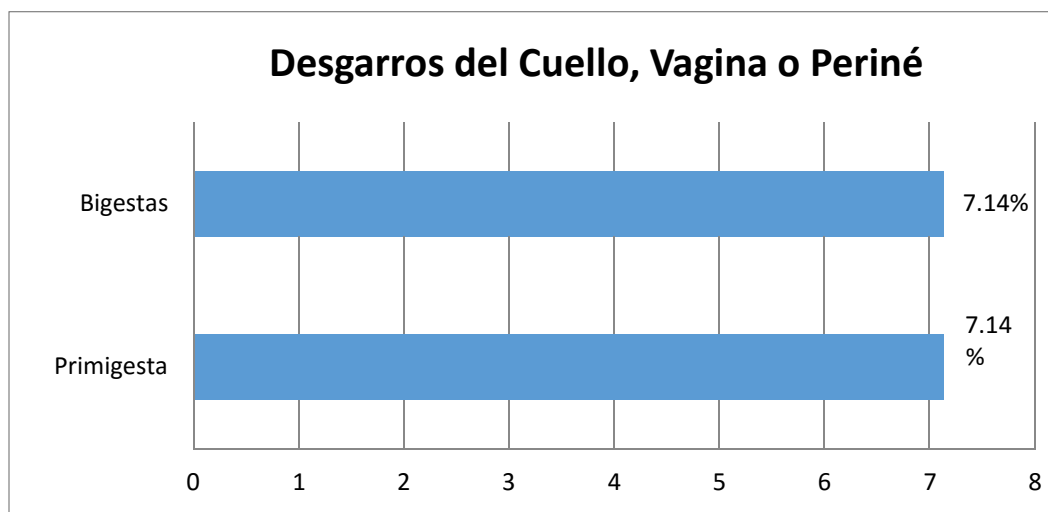
Número de gestas en relación a alteración del tono uterino



Fuente: Tabla N° 14

Gráfico N° 14.2

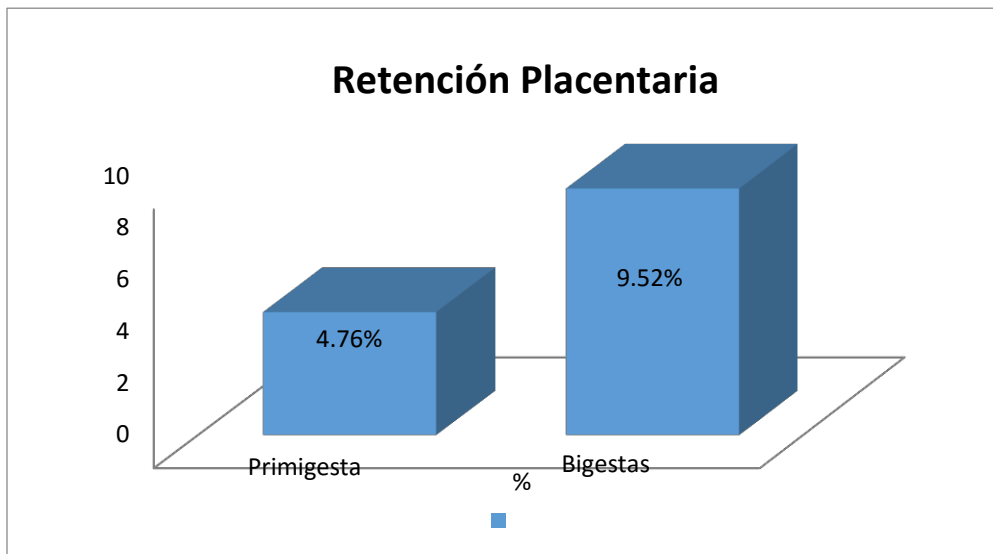
Número de gestas en relación a Desgarros del cuello, vagina y periné



Fuente Tabla N° 14

Gráfico N° 14.3

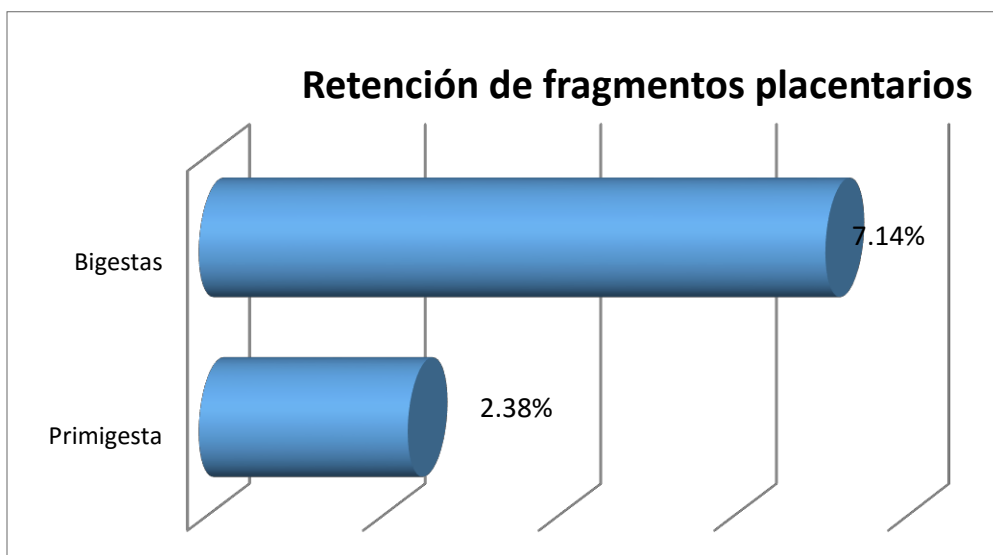
Número de gestas en relación a retención placentaria



Fuente: Tabla N° 14

Gráfico N° 14.4

Número de gestas en relación a retención de fragmentos placentarios



Fuente: Tabla N° 1

Tabla Nº 15. Cumplimiento de protocolo de Hemorragia Post Parto según causa en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016.

Ministerio de Salud															
Dirección de extensión y Calidad de la Atención															
Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, abril 2013. Págs. 161 Cada número corresponde a un expediente monitoreado con el diagnóstico de Hemorragia Postparto Inmediato . Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado se Cumple. Si el criterio no se cumple, anotar 0 . Registrar NA (No Aplica), en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso o que no pueda aplicarse en este nivel de atención. La casilla de Expediente Cumple , se marcará con 1 solamente si en el expediente monitoreado se cumplieron todos los criterios, exceptuando los NA. El Promedio Global , se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple 1 entre el Total de Expedientes MonitoreadosX100 . El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría															
	Número de Expediente	0495-72	5426-36	5432-53	5445-08	5451-97	5545-60	0453-08	0449-51	0445-27	5348-15	5453-30	5392-91	5348-15	
	ATONÍA UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Prom
	Acciones inmediatas														
1-	Realizó masaje uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
2-	Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
3-	Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	1	NA	NA	NA	1	1	5
	Usó oxitócicos juntos o en secuencia														
4-	inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
5-	Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
6-	Si se requirió transfusión, se realizó la misma.	NA	NA	NA	NA	1	1	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	3
	Maniobras (Que salvan vidas):														
7-	Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	2
8-	Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera	NA	NA	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1	NA	2
9-	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Expediente Cumple:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
	Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)	100%													

"Nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016"

	Número de Expediente	5570-87	5570-21	5529-33	5391-55	5449-90	5479-71	5550-02	5391-55	5383-71	5388-15	5392-98	5442-10	5427-37	
	ATONÍA UTERINA: Criterios	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	Prom
	Acciones inmediatas														
1-	Realizó masaje uterino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
2-	Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
3-	Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual	NA	1	NA	NA	1	NA	1	NA	1	NA	NA	NA	1	5
	Usó oxitócicos juntos o en secuencia														
4-	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM). Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
5-	Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
6-	Si se requirió transfusión, se realizó la misma.	1	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	2
	Maniobras (Que salvan vidas):														
7-	Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1
8-	Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera	NA	NA	1	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	1
9-	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
10-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Expediente Cumple:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
	Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)														100%

"Nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016"

	Número de Expediente→	5382-14	5546-81	0456-24	5444-95	5419-52	5467-79	
	DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios	1	2	3	4	5	6	Prom
	El diagnóstico de desgarro de cuello, vagina o periné se basó en:							
1-	Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.	1	1	1	1	1	1	6
2-	Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.	1	1	1	1	1	1	6
	Acciones Inmediatas							
3-	Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné	1	1	1	1	1	1	6
4-	Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.	1	1	1	NA	NA	NA	NA
5-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Expediente Cumple	1	1	1	1	1	1	6
	Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)	100%						

Número de Expediente→		5383-59	5458-55	5382-53	5383-71	5353-58	0459-45	
		cientas atendidas en el Hospital del año 2015						
RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios		1	2	3	4	5	6	Prom
1-	El diagnóstico de Retención Placentaria se basó en:							
	La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante	1	1	1	1	1	1	1
	Acciones Inmediatas:							
2-	Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3-	Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
4-	Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).	1	1	0	1	0	0	3
Si Retención Placentaria fue con Manejo Expectante:								
5-	Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min)..	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Si Retención Placentaria fue con Manejo Activo								
6-	Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)	1	1	1	1	1	1	6
7-	Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.	NA	1	1	1	1	1	6
8-	Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
9-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
Expediente Cumple		1	1	0	1	0	0	6
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)								94%
Número de Expediente→		0379-58	0446-96	0405-50	5477-92	.	.	
RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios		1	2	3	4	5	6	Prom
1-	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.	1	1	1	1			4
2-	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa	1	1	1	1			4
3-	Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.	NA	NA	NA	NA			NA
4-	Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.	1	1	NA	NA			2
5-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución	NA	NA	NA	NA			NA
Expediente Cumple:		1	1	1	1			4
Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)								100%

"Nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016"

	Número de Expediente→						
	INVERSIÓN UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1-	Corrigió la inversión uterina de inmediato (preferiblemente con sedación o anestesia gral. con halotano).						
2-	NO aplicó oxitócicos antes de reducir la inversión.						
3-	Si la mujer tenía dolor severo, aplicó ó Morfina 0.1 mg/Kg peso IM.						
4-	Si el sangrado continuó: Realizó prueba de coagulación junto a la cama.						
5-	Indicó y aplicó antibióticos profilácticos, dosis única, después de corregir la inversión: Ampicilina 2 grs IV + Metronidazol 500 mg IV o Cefazolina 1 gr IV + Metronidazol 500 mg IV						
6-	Si había signos de infección (fiebre, secreción vaginal fétida) aplicó antibióticos como para una metritis: Ampicilina 2 grs IV c/6 hrs + Gentamicina 160 mg IV cada 24 hrs + Metronidazol 500 mg IV c/8 hrs						
7-	-Si sospechó necrosis, indicó / realizó o refirió para histerectomía vaginal.						
8-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)						
	Número de Expediente→						
	RUPTURA UTERINA: Criterios	1	2	3	4	5	Prom
1-	Repuso el volumen de sangre infundiendo líquidos (SSN o Ringer Lactato) antes de la cirugía.						
2-	Cuando la mujer estuvo hemodinámicamente estable, hizo cirugía inmediata para extraer bebé y placenta.						
3-	Si útero se pudo reparar con menos riesgo operatorio que histerectomía, reparó el útero.						
4-	Si útero no se pudo reparar, realizó histerectomía total o subtotal.						
5-	Se realizó esterilización quirúrgica (Preferiblemente debe realizarse).						
6-	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.						
	Expediente Cumple:						
	Promedio Global (Total de Exp Cumple / Total Exp Revisados x 100)						

Tabla Nº 15.1

Cumplimiento de protocolo de Hemorragia Post Parto según causa en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

n:26

	ATONÍA UTERINA: Criterios	fx	%
1	Realizó masaje uterino	26	100%
2	Verificó si placenta (y anexos) estaba íntegra	26	100%
3	Si no estaba íntegra, extrajo tejido placentario residual	26	100%
4	Inició Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer a 60 gotas por min (ó 10 UI IM).Ergometrina contraindicada en hipertensión. Si se requiere, aplicar 0.2 mg IM y vigilar PA por posibilidad de hipertensión	26	100%
5	Continuó: Oxitocina IV, 20 UI en 1 L de SSN ó Ringer 20 a 40 gotas por min (máximo 3 L).	26	100%
6	Si se requirió transfusión, se realizó la misma.	26	100%
7	Si el sangrado continuó: Realizó compresión bimanual del útero y/o Compresión de la aorta abdominal.	26	100%
8	Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta controlar sangrado y que el útero se contrajera	26	100%
9	En caso de cirugía o traslado a otra unidad de salud: Mantuvo la Compresión Bimanual del Útero y/o Compresión de la Aorta Abdominal hasta llegar a sala de operaciones y/o entrega en emergencia del hospital.	26	100%
10	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	26	100%
	Total	26	100%

Fuente: Expediente clínico .

n:6

	DESGARROS: CUELLO, VAGINA O PERINÉ: Criterios	Fx	%
1	Sospechó de desgarro de cuello, vagina o periné al obtener placenta completa y útero contraído pero con hemorragia vaginal.	6	100%
2	Examinó cuidadosamente el canal del parto en busca de desgarros de cuello uterino, vagina o periné.	6	100%
3	Reparó desgarros identificados de cuello uterino, vagina o periné	6	100%
4	Si el sangrado continuó, realizó prueba de coagulación junto a la cama.	6	100%
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución	6	100%
	Total	6	100%

Fuente: Expediente Clínico

n:6

	RETENCIÓN PLACENTARIA: Criterios	Fx	%
1	La placenta no se expulsó después de 15 min con Manejo Activo ó 30 min con Manejo Expectante	6	100%
2	Si la placenta estaba a la vista, le pidió que pujara.	6	100%
3	Si palpó la placenta en vagina, la extrajo.	6	100%
4	Aseguró vejiga vacía (espontáneamente o por cateterización vesical).	3	50%
5	Aplicó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (otra alternativa a 10 UI Oxitocina IM es diluir 10 UI Oxitocina en 1Lt de SSN y pasarla IV a 40 gotas por min)..	6	100%
6	Si la placenta no se expulsó en 15 minutos y útero contraído, realizó Expresión del fondo uterino (Maniobra de Credé)	6	100%
7	Si Maniobra de Credé no dio resultado, realizó Extracción Manual de Placenta.	6	100%
8	Si Extracción Manual de Placenta no fue posible, pensó (registró) la posibilidad de Acretismo Placentario	6	100%
9	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución.	6	100%
	Total	6	94%

Fuente: Expediente Clínico

n:4

	RETENCIÓN DE FRAGMENTOS PLACENTARIOS: Criterios	Fx	%
1	Palpó dentro del útero buscando restos placentarios y membranosos.	4	100%
2	Extrajo fragmentos digitalmente, con pinza de ojos (Foerster) o legra gruesa	4	100%
3	Si la extracción de restos placentarios no fue posible, pensó (registró) en posibilidad de Acretismo Placentario.	4	100%
4	Si el sangrado continuó: pensó en coagulopatía y realizó prueba de coagulación junto a la cama.	4	100%
5	Refirió oportunamente a mayor nivel de resolución	4	100%
	Total	4	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 15.2

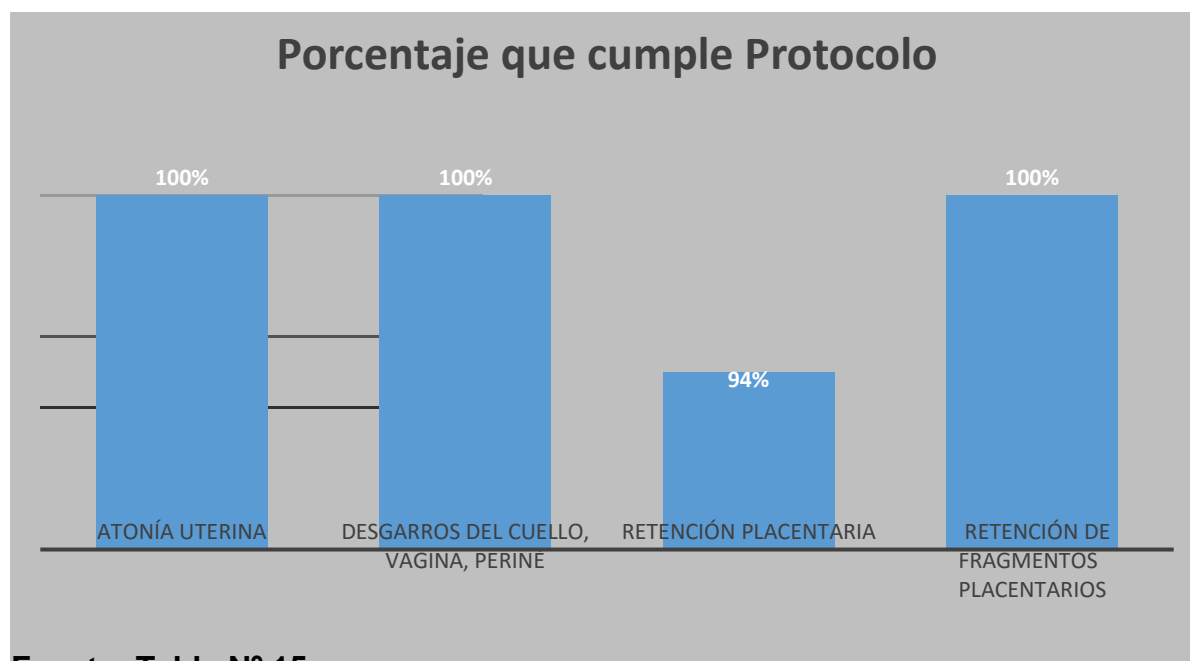
Cumplimiento de protocolo de Hemorragia Post Parto en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Causa de Hemorragia Postparto	Nº de Expedientes Revisados	Nº de Expedientes que cumplen	Porcentaje que cumple Protocolo
Atonía uterina	26	26	100%
Desgarros del cuello, Vagina, Periné	6	6	100%
Retención Placentaria	6	5	94%
Retención de Fragmentos Placentarios	4	4	100%
Total de Expedientes revisados:	42	39	98%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfica N° 15

Cumplimiento de protocolo de Hemorragia Post Parto según causa en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 15

Tabla N° 16.

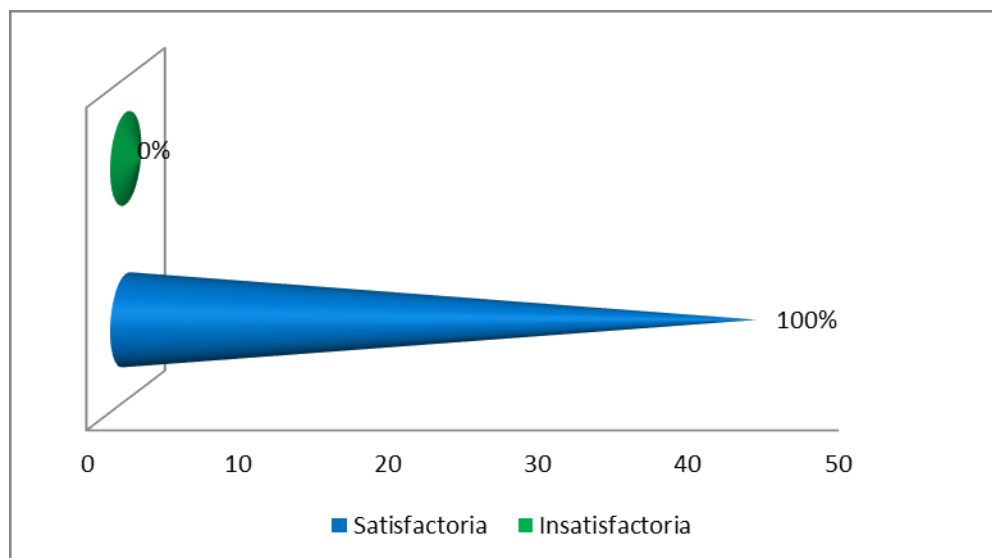
Evolución de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Post Parto según causa en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016

Evolución de pacientes	N°	%
Satisfactoria	42	100%
Insatisfactoria	0	0
Total	42	100%

Fuente: Expediente Clínico

Gráfico N° 16.

Evolución de pacientes con diagnóstico de Hemorragia Post Parto según causa en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el I semestre del 2016



Fuente: Tabla N° 16

5.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Facultad de Ciencias Médicas

Instrumento de recolección de datos

Nivel de cumplimiento del protocolo de hemorragia post parto en pacientes atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque durante el primer semestre del año 2016

Nº de expediente: _____

Nº de revisión _____

A continuación se presentan los elementos a corroborar en los expedientes clínicos, se deben seleccionar las todas las opciones que según convengan:

1. Edad

- a. < 19 años b. 20- 34 años c. > 35 años

2. Religión

- a. Católica b. Evangélica

3. Procedencia

- a. Rural b. Urbano

4. Estado civil

- a. Soltera
b. Casada
c. Acompañada
d. Viuda

5. Ocupación

- a. Ama de casa
- b. Estudiante
- c. Profesional

6. Escolaridad

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico
- d. Educación superior

7. IVSA

- a. <19 años
- b. 20 – 30 años
- c. .>35 años

8. Gestas

- a. Primigesta
- b. Bigesta
- c. Trigesta
- d. Multigesta
- e. Gran multigesta

9. Abortos

- a. Ninguno
- b. 1
- c. 2
- d. 3

10. Partos vaginales

- a. Nulípara
- b. Multípara

11. Cesáreas

- a. Ninguna
- b. Una
- c. Más de uno

12. Controles prenatales

- a. Ningún control
- b. 1-4 controles
- c.** > 4 controles

13. Periodo intergenésico.

- a. No Aplica
- b. < 18 meses
- c. 18 meses – 2 años
- d. . > 2 años

14. Vía finalización del Parto

- a.** Vaginal
- b.** Cesárea